

PROGRAMA DE ALIMENTOS PARA NIÑOS Y ADULTOS (CACFP) FORMA DE RECLUTAMIENTO PARA PROGRAMA DIURNO

El Programa Diurno _____ participa en el programa del Departamento de Agricultura CACFP. Este programa ayuda a proveer comidas y meriendas nutritivas a niños(as) inscritos en nuestro programa. Los requisitos y porciones de comidas y meriendas están incluidos en la forma de aceptación. Bajo las regulaciones del CACFP, a usted no se le puede cobrar separado por las comidas y meriendas reclamadas al programa. Otras fuentes de ingreso cubren los gastos de alimentos del programa no cubiertos por el programa de CACFP.

Marque aquí si está eligiendo no enlistar su niño en CACFP, luego firme y ponga la fecha.

No deseo que mi niño(a) participe en el programa de alimentación para niños y adultos (CACFP).

Para verificar la inscripción de su niño(a) en este programa de cuidado diurno, usted tiene que completar este formulario, proveer su firma con fecha y luego entregárselo a un representante del programa diurno.

Por Favor Escriba en Letra de Molde

Nombre del Programa Diurno: _____

Nombre del Niño(a): _____
Apellido
Nombre
Mes, Día
Año
Edad

Primer día de Asistencia: _____

Mi niño(a) normalmente estará en el Programa Diurno los siguientes días y recibirá las comidas como indicare abajo:

Días de cuidado (marque los días que aplican)	<input type="checkbox"/> lunes	<input type="checkbox"/> martes	<input type="checkbox"/> miércoles	<input type="checkbox"/> jueves	<input type="checkbox"/> viernes
Horas de cuidado (indique AM PM)	_____ desde _____ y _____ hasta _____				
Comidas normalmente provistas a mi niño(a)	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> AM Merienda <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> PM Merienda <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda de Noche	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> AM Merienda <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> PM Merienda <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda de Noche	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> AM Merienda <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> PM Merienda <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda de Noche	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> AM Merienda <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> PM Merienda <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda de Noche	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> AM Merienda <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> PM Merienda <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Merienda de Noche

Nombre Padre/Encargado (letra de molde): _____

Dirección (letra de molde): _____
Calle
Ciudad
Estado
Código Postal

Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono del Hogar: _____

Nombre Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Firma

Representante del Programa Diurno: _____ Fecha: _____

Firma

Declaración de no-discriminación: Esto explica qué hacer si cree que ha sido tratado injustamente. El Departamento de agricultura de Estados Unidos prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y creencias políticas aplicables, estado civil, situación familiar ó parental, orientación sexual, ó todo ó parte del ingreso de un individuo se deriva de cualquier programa de asistencia pública, ó la información genética en el empleo ó en cualquier programa ó actividad protegida cabo ó financiado por el departamento. (No todas las bases prohibidas se aplicarán a todos los programas ó actividades de empleo). Si usted desea archivar un derechos civiles programa queja de discriminación, completar el formulario de Quejas por Discriminación del USDA programa, encontrado en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ó en cualquier oficina de USDA ó llame al (866) 632-9992 para el formulario de solicitud. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de reclamación completado ó carta por correo al Departamento de Agricultura de Estados Unidos, Director, Office of Adjudication, 1400 independencia Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 ó por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Las personas sordas ó con dificultades auditivas ó discapacidad en discurso pueden contactar a USDA a través del servicio de retransmisión Federal al (800) 877-8339; ó (800) 845-6136 (Español). USDA es un proveedor de igualdad de oportunidad y el empleo.